AVIS DU CONSEIL DES UNIVERSITÉS AU MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR, DE LA SCIENCE ET DE LA TECHNOLOGIE SUR LA FORMATION EN MÉDECINE

Code: 2301-0007

Avis no 85.1
Dépôt légal - 3e trimestre
ISSN - 0709-3985
Sainte-Foy, le 20 septembre 1985

INTRODUCTION

Depuis une quinzaine d'années environ plusieurs études importantes ont porté, directement ou indirectement, sur la formation en médecine; des gestes importants ont aussi été posés à cet égard: étude du collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec en 1968; transfert de la formation post-M.D. aux universités en 1970; Opération Sciences de la santé en 1976; contingentement des postes rétribués d'internat et de résidence en 1976; projet de règlement du permis de la C.P.M.Q. déposé en 1975 et études de l'Office des professions de 1975 à 1978; rapport du Comité d'étude sur la rationalisation des programmes de spécialisation médicale et avis du Conseil des universités en 1982; avis du Conseil des universités sur le Rôle de l'université dans la formation professionnelle en 1984; etc.

Le 21 avril 1983, le ministre de l'Education d'alors, le Dr. Camille Laurin, mandatait le Conseil des universités pour procéder à une évaluation approfondie des programmes de médecine dispensés par les facultés québécoises «en les comparant à ceux des autres régions du Canada ainsi que des états américains». Le ministre ajoutait alors: «Cette étude nous permettra de mieux situer la formation post-médicale (internat, résidence) par rapport aux études médicales qui la précèdent, d'assurer une continuité entre les différentes phases de la formation d'un médecin, bref, d'arriver à une meilleure rationalisation de l'ensemble de la formation médicale».

Le président du Conseil des universités a formé un Comité d'étude en septembre 1983 et lui a confié la responsabilité d'exécuter le mandat suivant:

> «Procéder à une évaluation approfondie des programmes de formation en médecine au Québec en les comparant à ceux des autres régions du Canada ainsi que des états américains.

De façon plus spécifique, le comité devra:

1. analyser les objectifs et les différentes phases de la formation médicale au Québec et les difficultés qui s'y rattachent;

2. définir et préciser ces objectifs pour l'avenir dans la perspective d'une continuité entre les programmes de formation de base, d'internat et de résidence, et en tenant compte des besoins et de l'évolution de la pratique médicale au pays;

3. identifier et suggérer des moyens de réaliser ces objectifs, en particulier en ce qui concerne les profils de formation, les conditions d'admission, la durée des programmes et la place des stages;

4. identifier les problèmes de coordination reliés à la réalisation de ces objectifs, entre les diverses phases de la formation et entre les divers intervenants, en tenant compte des exigences légales et réglementaires, et proposer les solutions appropriées».

Le Comité d'étude, dont les recommandations sont ci-annexées[1], a rendu compte de l'exécution du mandat qui lui avait été confié, en janvier 1985, et le président du Conseil des universités a demandé aux universités du Québec, à la Corporation professionnelle des médecins du Québec, à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et à la Fédération des médecins spécialistes du Québec, à la Fédération des médecins résidents et internes du Québec de lui faire part de leurs réactions à l'analyse et aux recommandations faites par le Comité d'Etude. Disons d'emblée que si cette consultation a fait surgir des interrogations, suggestions, voire oppositions à quelques-unes des recommandations, le rapport du Comité d'étude n'en est pas sorti grandement affaibli, de sorte qu'il reste un document pouvant conduire aux améliorations recherchées, à quelques réserves près. Il fait bien ressortir, en particulier, que les études de médecine ne sont pas plus longues au Québec qu'ailleurs en Amérique du Nord, comme on semblait le croire au début de son travail; en fait, le

(1) Le Rapport du Comité est disponible sur demande au Conseil des universités.

contraire serait même plus près de la réalité. Il met en lumière un certain nombre de disparités qu'on avait cru constater entre les programmes de médecine au Québec en ce qui a trait à la durée de ces programmes en années et en semaines, aux conditions d'admission, à la durée de l'externat etc, mais de nouveau ces disparités ne paraissent pas aussi grandes qu'on semblait le croire au départ.

Cela ne signifie pas toutefois que les objectifs poursuivis sont à ce point clairs, l'agencement des activités à ce point logique, la jonction entre les diverses phases de la formation médicale à ce point harmonieuse qu'aucune amélioration ne puisse être envisagée.

CONDITIONS D'ADMISSION

La principale réserve que le Conseil désire formuler a trait à la première recommandation faite par le Comité d'Etude.. Le Conseil ne croit pas qu'il y ait lieu, pour le moment, de donner suite à la première recommandation qui vise à ajouter une année préparatoire de formation à l'Université pour les étudiants d'un DEC en sciences de la santé, avant qu'ils puissent entreprendre les études de médecine. Il ne s'agirait donc pas, à proprement parler, d'une année de médecine, mais plutôt d'une année qui répondrait aux objectifs d'une formation élargie des futurs médecins, au cours de laquelle, sans délaisser complètement l'étude des sciences de la santé, l'accent serait mis sur les sciences humaines et sociales et la formation générale des futurs médecins.

Cette recommandation du Comité d'Etude est très importante. On peut en concevoir sans peine les avantages. En un certain sens, elle pourra sembler justifiée car elle viendrait reconnaître une situation de fait: à l'expérience, certaines facultés de médecine du Québec en sont venues à considérer qu'un simple DEC en sciences de la santé ne suffit pas toujours pour entreprendre des études en médecine. C'est ainsi que plus de 55% des admis détiennent un B.Sc. dans certaines facultés de médecine au

Québec, ce qui ne fait que refléter une tendance en Amérique du Nord à l'effet d'exiger un diplôme universitaire pour être admis en médecine. Il devient donc de plus en plus difficile dans ces conditions, pour un diplômé des CEGEP d'être admis en médecine, même s'il s'agit dans la plupart des cas des étudiants qui ont obtenu les meilleurs résultats académiques au collège.

A cet égard, l'adoption de la première recommandation du Comité d'Etude sur la formation en médecine aurait l'avantage de viser à corriger une insuffisance de la formation initiale, sans céder à la tendance actuelle qui consiste à admettre un nombre croissant de bacheliers dans les programmes de M.D. et à exiger des candidats une somme toujours croissante de connaissances avant qu'ils puissent entreprendre des études de médecine. La proposition d'ajouter une année préparatoire paraît ainsi aller dans le sens de garder ouverte la voie qui conduit les diplômés des CEGEP aux facultés de médecine, en concurrence avec les détenteurs d'un diplôme universitaire. Cette année préparatoire permettrait aux candidats d'acquérir une formation plus complète au moment de leur entrée dans les facultés de médecine (encore que leur admission dans ces facultés leur serait confirmée avant d'entreprendre l'année préparatoire), de retarder des choix définitifs d'orientation que beaucoup considèrent devoir être faits trop tôt, et de faciliter la transition entre le régime des études au collégial et celui de l'Université.

En revanche, le Conseil est d'avis qu'il y a encore trop d'incertitudes pour qu'on puisse, d'emblée, songer à instituer cette année préparatoire. D'abord, on ne connaît pas encore suffisamment bien les coûts de cette mesure. On admet sans peine qu'ils seront élevés pour les étudiants concernés (frais de scolarité et de subsistance plus le manque à gagner durant une année de plus), mais ce ne sont pas les seuls coûts en cause: les gouvernements consacrent aussi des fonds publics à subventionner les études en médecine comme ils le font pour les études en général

et selon le contenu de cette éventuelle année préparatoire, il leur faudrait peut-être ajouter des ressources à celles dont les facultés de médecine bénéficient déjà.

Deuxièmement, la surenchère actuelle dans les conditions d'admission est sans doute provoquée au moins, en partie, par l'existence d'un déséquilibre entre la demande et l'offre; toute unité d'enseignement et de recherche, qui ne peut admettre qu'une faible partie des candidats qui désirent s'y inscrire, devra bien trouver un moyen quelconque d'allouer les places disponibles (accroissement des exigences en matière de scolarité; examen d'entrée; tests d'aptitudes; entrevues, etc.). Il faudrait tout de même s'assurer que l'année préparatoire représenterait bien une solution convenable à un problème qui ne changera pas d'aspect pour autant.

Troisièmement, l'argumentation du Comité d'Etude, basée sur la maturité plus grande des candidats après une année préparatoire et la réduction éventuelle des taux de désistement (déjà faibles de toute façon) chez les étudiants en médecine, exigerait certes une analyse plus approfondie.

Enfin, le Conseil est d'avis qu'on ne devrait pas instituer cette année préparatoire avant d'en avoir déterminé le contenu. La deuxième recommandation du Comité va d'ailleurs dans ce sens. Or, d'une part, une réflexion critique sur les contenus actuels de la formation en médecine n'a pas été faite par le Comité; d'autre part, celui-ci n'a pas cherché à définir le contenu de cette année préparatoire, se contentant d'en proposer les grands objectifs: acquérir une formation générale plus étendue en suivant des cours de sciences humaines et dans d'autres disciplines jugées pertinentes, comme l'informatique, tout en demeurant en contact avec des disciplines scientifiques de base; permettre à des candidats bien

choisis, détenteurs d'un diplôme d'études collégiales, autre qu'un DEC en sciences de la santé, de compléter leur formation scientifique et générale et de pouvoir être admis à des études médicales par la suite.

Or, à ce sujet, certains jugent que la formation des étudiants de CEGEP en sciences de la santé est déjà si déficiente en sciences de base que toute réduction relative de ce contenu ne peut que causer préjudice aux candidats à l'admission dans les facultés de médecine; d'autres, - et parmi ceux-là, l'Université de Montréal et la Corporation professionnelle des médecins du Québec, - sont plutôt d'avis que, si l'année préparatoire devait être instituée, l'exigence d'un DEC en sciences de la santé ne devrait pas être maintenue et qu'elle pourrait être remplacée par celle d'un DEC général. Mais même en admettant qu'il y a lieu d'accroître la formation générale des futurs médecins, d'améliorer leur empathie à l'égard des patients, il reste qu'il faudrait aussi s'assurer que l'intégration de ces matières sera suffisamment harmonieuse pour que les étudiants ne les perçoivent pas simplement comme un pensum qui ne fait que retarder leur marche vers la carrière qu'ils ont choisie. La question reste ouverte alors de savoir si l'objectif sera mieux atteint en tentant de développer les attitudes désirées chez les candidats au cours d'une année préparatoire ou, au contraire, en intégrant ces enseignements tout au long du programme d'études en médecine.

En résumé, le Conseil ne se dit pas opposé au principe même d'une année préparatoire aux études de médecine; chaque champ d'étude est, en quelque sorte, un cas d'espèce et certains peuvent concevoir que la spécificité de la médecine soit telle qu'il faille la traiter comme un cas particulier. Le Conseil dit seulement qu'on ne devrait pas songer à imposer une année supplémentaire avant d'en avoir précisé les objectifs et le contenu, de s'être assuré qu'elle constitue bien une solution valable au problème identifié. Il lui semble que ces conditions ne sont pas encore satisfaites et qu'une analyse plus poussée s'impose, d'autant plus qu'il se pourrait que

le problème soit plus généralisé, qu'on le retrouve dans d'autres champs professionnels et qu'il appelle une réflexion concertée avec les institutions de niveau collégial. Il y a donc lieu d'étudier plus à fond le malaise à l'origine de cette recommandation. Le Conseil souhaite donc qu'un comité soit mis sur pied aussitôt que possible et qu'il fasse rapport dans un délai d'au plus un an.

PROGRAMMES D'ÉTUDES PRÉ-DOCTORALES

Le Conseil est d'accord cependant avec la troisième recommandation du Comité à l'effet que les études pré-doctorales menant à l'obtention du M.D. soient d'une durée totale d'environ 150 semaines échelonnées sur quatre ans[1], et que les établissements universitaires disposent du degré d'autonomie nécessaire, à l'intérieur de ce cadre, pour définir le contenu de leur programme respectif et l'agencement des formations pré-cliniques et cliniques. L'Université de Montréal, à qui cette recommandation s'adresse au premier chef, dit ne pas être opposée à son esprit, mais s'inquiète par ailleurs des effets négatifs que cette réduction des études conduisant au M.D., échelonnées sur cinq ans, chez elle, à une durée comparable mais échelonnée sur quatre ans, comme c'est le cas ailleurs, pourrait entraîner sur les ressources financières de sa Faculté de médecine.

---

1 Les études de médecine présentement durent plus de 160 semaines en moyenne au Québec. En recommandant qu'elles soient d'environ 150 semaines, le Comité raisonnait dans l'hypothèse de l'ajout d'une année préparatoire. Si cette année ne devait pas être ajoutée, la recommandation devrait être à l'effet qu'elles durent environ 160 semaines échelonnées sur quatre années, car on peut difficilement envisager d'en réduire davantage la durée dans les conditions actuelles.

Le Conseil n'hésite pas non plus à appuyer les recommandations 4 à 8 du Comité d'Étude. Dans l'ensemble, ces recommandations lui paraissent aller dans le sens d'accorder une attention plus grande, en cours de formation, à l'évaluation de l'aptitude à communiquer et à comprendre et interagir avec empathie aux aspects psycho-sociaux de la situation des malades, en même temps que des connaissances scientifiques. De nouveau, il y a lieu cependant d'éviter que l'introduction de ces expériences diverses, tôt dans le programme, se traduise par leur absence quasi totale plus tard. Il importe, au contraire, comme le fait remarquer la Fédération des médecins résidents et internes du Québec, que l'étudiant soit exposé tout au cours de son programme de formation aux éléments essentiels de la relation patient-médecin, ainsi qu'aux principes développés dans les disciplines en émergence mentionnées: il importe aussi que l'évaluation des aptitudes et des attitudes cliniques désirées continue de se faire au cours des études post-M.D.

En ce qui a trait à la place de l'informatique dans la formation médicale, le Conseil croit qu'il est, en effet, souhaitable que les médecins connaissent les services qu'ils peuvent en tirer comme mode d'apprentissage ou outil de communication, de transmission de l'information, d'aide au diagnostic, en particulier par l'utilisation des banques de données. Cela ne signifie pas cependant qu'il faille nécessairement concevoir un enseignement formel de l'informatique à l'intention des étudiants en médecine, qui les rendrait aptes à comprendre le fonctionnement d'un ordinateur. Là encore, c'est l'objectif qui importe et il y aura lieu de s'interroger sur la meilleure façon de l'atteindre.

FORMATION POST-DOCTORALE

Le Conseil est généralement d'accord avec le cheminement proposé par le Comité pour la formation des omnipraticiens ou des spécialistes. Il est particulièrement d'accord avec les recommandations 9 et 18 visant

l'abolition de l'internat dans sa forme actuelle. Présentement, l'internat ne semble pas satisfaire beaucoup d'intervenants. On lui reproche surtout de ne pas constituer un véritable programme de formation, particulièrement pour les candidats à l'omnipratique. C'est pourquoi le Comité suggère que pour ces derniers, l'internat soit remplacé par un véritable programme de formation de 24 mois conduisant à l'obtention d'un diplôme universitaire.

Le Conseil est d'accord avec cette approche exprimée dans les recommandations 10 et 11. Le Conseil note que, si l'on a opté pour les programmes de médecine de famille, c'est que, parmi ceux qui existent présentement, ce sont ceux qui correspondent le mieux à ce que devrait être la formation en omnipratique. Le Comité ne rejette d'ailleurs pas la possibilité qu'on en arrive à concevoir des programmes spécifiques à l'omnipratique, il constate seulement que de tels programmes n'existent pas présentement, et qu'en leur absence ce sont les objectifs que l'on assigne généralement aux programmes de médecine de famille (qui eux existent) qui conviennent le mieux à la formation de l'omnipraticien.

De la même façon, les spécialistes seraient formés dans des programmes spécifiques débutant immédiatement après l'obtention du doctorat et conduisant à l'obtention d'un diplôme universitaire. Ce cheminement, avec lequel le Conseil est d'accord, présente cependant une difficulté pour le futur spécialiste qui voudrait se réorienter vers l'omnipratique puisque, selon la logique du Comité, il devrait alors passer par le programme de médecine de famille. Comme l'ont fait remarquer plusieurs intervenants, il y aurait lieu d'éviter qu'un résident, qui aurait déjà fait deux ou trois ans dans la spécialité qu'il avait choisie, ait à recommencer le programme de médecine de famille au complet dans l'hypothèse où il désirerait changer d'orientation. Deux voies de solution paraissent possibles: la première consisterait à concevoir un ensemble d'activités communes aux programmes de médecine de famille et de spécialités comme le suggère la Fédération des médecins résidents et internes du Québec, les programmes étant construits par la suite sur la base de ce tronc commun; la seconde consisterait

à accepter des cheminements parallèles pour la médecine de famille et les spécialités, mais en aménageant des passerelles ou un régime d'équivalences qui permettraient le passage de la seconde voie à la première. Cette deuxième solution que suggère le Comité, paraît être la plus susceptible d'assurer la poursuite des objectifs différenciés de chacun des programmes. Néanmoins, le Conseil estime qu'il revient aux universités de trouver les accommodements requis, en gardant toujours présente la nécessité de respecter la spécificité de chacun de ces programmes.

Le Conseil est d'accord avec les recommandations 15, 16 et 17 concernant la structure administrative et les ressources nécessaires à la mise en place et au fonctionnement optimal des programmes de formation à l'omnipratique. Dans leur réaction au rapport du Comité, les universités Laval, McGill et Sherbrooke ont fait connaître les coûts additionnels que représenterait pour elles le fonctionnement d'un programme de médecine de famille tel que proposé par le Comité. Les estimations varient entre 10 000 $ et 15 000 $ par étudiant, ce qui signifierait un ajoût global de 3 à 4 M$ pour les quelque 300 étudiants que ces programmes devraient accepter. Une estimation plus précise devrait être faite au cours de discussions entre le Ministère et les Universités, en tenant compte en particulier que le nombre de 300 étudiants est probablement trop élevé vu que des étudiants sont déjà engagés dans les programmes de médecine de famille déjà offerts sur une base restreinte. Le Conseil tient à signaler que l'ajoût de ces ressources de même que d'un nombre adéquat de postes rémunérés de résidents en médecine familiale constitue une condition sine qua non de la mise en pratique des recommandations du Comité.

De même en ce qui concerne les programmes de spécialité, le Conseil voit favorablement les recommandations 19, 20 et 21 concernant l'opportunité de réévaluer la durée des programmes de spécialités, de soumettre à l'attention des divers intéressés les propositions d'allongement et de réétudier en concertation les politiques de contingentement des postes d'internes et de résidents. Quelques intervenants ont souligné la lourdeur qu'entraîneraient, selon eux, les consultations élargies sur la durée

des programmes. Cependant, si l'on tient compte des répercussions de tels allongements sur les budgets de fonctionnement des universités et sur le nombre de postes de résidents, on voit mal qu'on puisse éviter cette étape.

PERMIS D'EXERCICE DE LA PROFESSION

Le Comité souhaite dans les recommandations 12, 25, 26 et 27 que le diplôme universitaire d'études supérieures en médecine de famille ou dans la spécialité concernée soit requis, en plus du diplôme de M.D., pour l'obtention du permis d'exercice de la médecine. Et il précise que cette prescription devrait être faite en vertu de l'article 184 du code des professions. (1)

À l'exception des internes et des résidents qui voudraient que le permis d'exercice puisse s'obtenir après deux ans de résidence dans l'un ou l'autre des programmes, tous les intéressés paraissent reconnaître que le diplôme de M.D. et la réussite d'un programme universitaire de médecine familiale ou de spécialité devraient être les conditions d'accès à la profession. La difficulté provient de la façon d'inscrire ces exigences dans la réglementation.

Le Comité, constatant que les programmes de formation post-doctorale sont devenus de véritables programmes universitaires échelonnés sur plusieurs années (jusqu'à 6 ans dans certains cas), estiment qu'il serait anormal de continuer de les exiger comme condition supplémentaire en vertu de l'article 94 i) du Code des professions. Tel n'est pas l'avis de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, qui souhaite au contraire le maintien comme condition supplémentaire de l'exigence de compléter avec succès un programme universitaire de formation post-doctorale.

La différence entre les deux positions tient en grande partie à la juridiction qui devrait être reconnue à la Corporation et aux universités.

---

(1) Voir à l'annexe 1.

En suivant la recommandation du Comité que les diplômes donnant ouverture au permis de pratique de la médecine soient le M.D. et un diplôme d'études supérieures en médecine de famille ou en spécialité en vertu de l'article 184 a) du Code des professions, on affirme nettement la responsabilité des universités sur les programmes de formation post-doctorale.

Au contraire, si ces programmes continuaient d'être des conditions supplémentaires en vertu de l'article 94 i) du Code des professions, ce serait essentiellement à la Corporation professionnelle des médecins qu'incomberait la responsabilité de la formation post-doctorale puisque, dans l'état actuel de la législation, les conditions supplémentaires sont du ressort exclusif du bureau de la Corporation professionnelle, selon les dispositions prévues par le Code des professions.

Le Conseil accepte la position du Comité d'étude qui lui paraît coller mieux à la réalité actuelle. Les programmes de formation post-doctorale, en effet, sont de véritables programmes universitaires reconnus et financés comme tel par le Ministère de l'enseignement supérieur, de la science et de la technologie. La Corporation d'ailleurs ne conteste pas du tout ce point. Aussi paraît-il raisonnable, comme c'est le cas pour les autres programmes universitaires, d'affirmer la responsabilité première des universités sur ces programmes.

Se rendre à l'argumentation de la Corporation signifierait lui accorder un droit de regard absolu sur ces programmes. Elle pourrait en principe exiger des changements ou cesser de les reconnaître sans avoir à justifier publiquement sa position. Il s'agirait là d'un dangereux précédent, qui ne paraît guère conforme à l'économie du Code des professions. En effet, si le législateur avait voulu aller en ce sens, il n'aurait sans doute pas inséré l'article 184 a) qui reconnaît au Ministre le pouvoir de déterminer les diplômes d'accès à la profession après consultation des intéressés, en particulier des corporations. En vertu de cet article du Code, les professions ont donc un rôle important à jouer dans la détermination des diplômes, mais pas le rôle déterminant que la Corporation professionnelle des médecins voudrait se voir attribuer.

Ceci étant dit, il faut bien reconnaître le fonctionnement particulier des programmes de formation post-doctorale en médecine et les obligations qui en découlent pour les universités et la Corporation des médecins. Ainsi, c'est dans le cadre de ces programmes que l'étudiant s'initie à la pratique médicale. C'est donc dire qu'outre les connaissances et les habiletés spécifiques qui y sont enseignées, ils comportent une bonne dose d'initiation encadrée au cours de laquelle le futur médecin doit commencer à poser des actes médicaux. Comme l'initiation encadrée relève normalement des corporations professionnelles, il est clair qu'il doit y avoir concertation suivie entre les universités et la Corporation des médecins.

Ainsi, puisque c'est la responsabilité de la Corporation de protéger le public, elle doit avoir la possibilité de s'assurer que les actes médicaux posés par les étudiants inscrits dans les programmes de formation post-doctorale, le sont sous supervision adéquate. C'est pourquoi, il paraît normal qu'elle continue de réglementer les lieux de stage comme elle le fait présentement par l'octroi de permis d'internes et de résidents spécifiant les milieux de stage.

D'autre part, étant donné le fort contenu d'initiation encadrée et la pratique générale en Amérique du nord justifiée par le caractère névralgique des actes médicaux, il est raisonnable de permettre à la Corporation de s'assurer du degré de préparation et d'autonomie des candidats avant de leur octroyer un permis de pratique de la médecine. L'examen conjoint proposé par le Comité dans ses recommandations 13 et 22 paraît une formule tout à fait appropriée à la situation, les universités et la Corporation l'utilisant l'une pour sanctionner la formation académique du candidat et l'autre pour s'assurer de sa préparation à l'exercice quotidien de la médecine.

Enfin, en vertu de ses responsabilités dans la détermination des diplômes donnant ouverture aux permis de pratique et de la nécessité qu'elle a de s'assurer de la valeur de l'encadrement dans les lieux de stage, il paraît justifié que la Corporation continue de procéder aux agréments comme elle le fait actuellement et qu'à cette fin elle procède aux

évaluations nécessaires. Ces évaluations devraient d'ailleurs constituer un lieu privilégié de concertation entre les universités et la Corporation sur les standards de formation, la valeur de l'encadrement et les contenus des programmes. Dans les cas les plus graves, ils pourraient même mener la Corporation à demander au gouvernement de rayer l'un ou l'autre des diplômes donnant ouverture au permis de pratique.

Le Conseil souhaite être associé à ces évaluations, tel que recommandé par le Comité. Cela lui permettrait de s'acquitter économiquement de son mandat de coordination et d'apprécier simplement l'état et les besoins de la formation en ce domaine.

Le Conseil recommande que les trois points évoqués précédemment - réglementation des lieux des stages par la Corporation, examen unique conjoint, évaluation des programmes par la Corporation avec participation du Conseil - fassent partie des modalités de la collaboration de la Corporation avec les universités et soient fixés comme tels par le Gouvernement en vertu de l'article 184 b) du Code des professions.

Le Conseil tient aussi à signaler, comme plusieurs intervenants, que la Corporation devrait continuer à déterminer les équivalences de diplômes et les modalités d'accès à la profession pour les candidats formés partiellement ou totalement ailleurs qu'au Québec, comme elle le fait actuellement pour les détenteurs d'un diplôme de premier cycle en médecine d'une institution non québécoise.

RECHERCHE

Enfin, le Conseil désire attirer l'attention du ministre de l'Enseignement supérieur, de la science et de la technologie sur un aspect de la formation en médecine qui n'a pas été abordé dans le rapport du Comité d'étude sur la formation en médecine: c'est celui de la recherche. Dans le Rapport du Comité d'étude sur la rationalisation des programmes de

spécialisation médicale qui a fait l'objet d'un avis du Conseil des universités sur les spécialités médicales (22 janvier 1982), on note déjà (p. 150) que «les stages de recherche ne sont pas la préoccupation majeure des responsables des programmes», et le Comité recommandait d'en accroître la portée. Dans son avis sur le rôle de l'Université dans la formation professionnelle déjà cité, le Conseil constatait l'absence de recherche dans plusieurs secteurs professionnels alors qu'elle est pourtant partie intégrante de la responsabilité sociale de l'Université (p. 25). Il désire de nouveau faire part de ses préoccupations à cet égard. Que les étudiants en médecine doivent attendre après la fin de leurs études de M.D. et, le plus souvent, après la fin de leurs études de spécialité médicale pour être véritablement exposés aux méthodologies de la recherche ne semble pas conforme à la mission fondamentale de l'Université dont ces programmes de formation relèvent, ni de nature à corriger la désaffection des médecins à l'égard d'une carrière de chercheur, et, en particulier, en recherche clinique.

RECOMMANDATIONS

Recommandation 1

CONSIDERANT la demande d'avis adressée au Conseil le 21 avril 1983, par le ministre de l'Education l'invitant à procéder à une évaluation approfondie des programmes de médecine dispensés par les universités du Québec en les comparant à ceux des autres régions du Canada ainsi que des états américains;

CONSIDERANT la qualité du rapport préparé par le Comité d'Etude sur la formation en médecine que le Conseil a formé pour mener l'étude dont le ministre l'avait chargé;

CONSIDERANT que les réactions suscitées par le Conseil au rapport du Comité d'Etude n'affaiblissent pas la portée générale du rapport bien qu'elles contiennent des interrogations, commentaires et suggestions fort intéressants;

Le Conseil des universités recommande au ministre de l'Enseignement supérieur, de la science et de la technologie, sous réserve de ce qui suit:

1. de donner suite aux recommandations contenues dans le rapport du Comité d'Étude sur la formation en médecine;

Recommandation 2

CONSIDERANT l'opportunité de s'assurer que l'ajout d'une année préparatoire constitue bien une solution au problème identifié;

CONSIDERANT la nécessité de s'entendre au préalable sur les objectifs et le contenu d'une telle année préparatoire;

CONSIDERANT la nécessité de connaître les coûts d'une année préparatoire aux études de médecine;

le Conseil recommande au minitre:

2. de ne pas donner suite, pour le moment, à la recommandation du Comité d'Étude, visant à instituer une année préparatoire aux études de médecine pour les détenteurs d'un diplôme d'études collégiales,
et
d'inviter les collèges, les universités et les ordres professionnels concernés à poursuivre, à cet égard, la réflexion qui s'impose avant de procéder à l'institution de cette année préparatoire.

Recommandation 3

CONSIDERANT les recommandations 26 et 27 du Comité d'étude sur la formation en médecine, avec lesquels le Conseil est d'accord, à l'effet d'exiger que les diplômes donnant ouverture au permis de pratique de la médecine selon l'article 184 a) du Code des professions, soient le diplôme de M.D. et le diplôme d'études supérieures en médecine de famille ou en spécialité;

CONSIDERANT par ailleurs que c'est dans le cadre des programmes de formation post-doctorale en médecine que le futur médecin s'initie véritablement à la pratique en posant sous sa supervision des actes médicaux;

CONSIDERANT la responsabilité de la Corporation professionnelle en matière de protection du public, responsabilité d'autant plus importante que les actes médicaux peuvent revêtir des dimensions très graves.

CONSIDERANT que, pour pouvoir s'acquitter adéquatement de cette responsabilité, la Corporation doit pouvoir être assurée de la collaboration des universités;

CONSIDERANT que, dès lors il y a lieu de préciser les mécanismes de cette collaboration comme prévu dans l'article 184 b) du Code des professions;

Le Conseil des universités recommande au ministre de l'Enseignement supérieur, de la science et de la technologie:

3. de fixer, en vertu de l'article 184 b) du Code des professions, les modalités de la collaboration de la Corporation professionnelle des médecins avec les universités en matière de réglementation des stages par la Corporation, d'examen unique conjoint et d'évaluation des programmes de formation post-doctorale, tel qu'indiqué précédemment.

ANNEXE 1

Articles 94.i) et 184.a) et b) du Code des professions

94. Le Bureau peut, par règlement:

i) déterminer les autres conditions et modalités de délivrance des permis, des certificats de spécialiste ou des autorisations spéciales, notamment en ce qui concerne les stages de formation professionnelle et les examens professionnels;

184. Le gouvernement, après consultation de l'Office, du Conseil des universités, des établissements d'enseignement et de la corporation intéressée, peut, par règlement:

a) déterminer les diplômes délivrés par les établissements d'enseignement qu'il indique qui donnent ouverture à un permis ou à un certificat de spécialiste;

b) fixer les modalités de la collaboration de la corporation avec les autorités des établissements d'enseignement du Québec visés au paragraphe a, notamment dans l'élaboration des programmes d'études conduisant à un diplôme donnant ouverture à un permis ou à un certificat de spécialiste et dans la préparation des examens ou autres mécanismes d'évaluation des personnes effectuant ces études.

ANNEXE 2

RECOMMANDATIONS DU COMITÉ D'ÉTUDE SUR LA FORMATION EN MÉDECINE

CONDITIONS D'ADMISSION ET PROGRAMMES D'ÉTUDES PRÉ-M.D.

CONSIDERANT que l'âge moyen des candidats admis en médecine au Québec est le plus bas en Amérique du Nord;

CONSIDERANT le taux de désistements plus élevé chez les étudiants provenant des CEGEP;

CONSIDERANT que les problèmes vécus par les étudiants en médecine venant des CEGEP semblent largement reliés à l'âge des étudiants admis;

CONSIDÉRANT la nécessité de remédier aux lacunes observées pour tendre vers une formation générale plus étendue, permettant de former de meilleurs médecins;

CONSIDÉRANT qu'il n'y a pas lieu d'exiger des diplômés des CEGEPS d'obtenir un 1er diplôme universitaire pour être admis en médecine;

Le comité recommande:

Recommandation 1

(qu'en plus d'un D.E.C. en Sciences de la santé une année pré-
(paratoire de formation à l'Université soit requise des
(finissants du CEGEP avant qu'ils entreprennent des études
(de médecine menant à l'obtention du M.D.

CONSIDÉRANT la nécessité de mieux définir les objectifs et les profils possibles de formation de cette année additionnelle de scolarité universitaire requise des cégepiens à l'avenir;

CONSIDÉRANT le besoin de préciser le statut et les modalités d'inscription de l'étudiant à cette année préparatoire et à la Faculté de médecine où il poursuivra ses études médicales par la suite;

CONSIDÉRANT le besoin d'étudier les modalités de réalisation de cette année de façon à ce qu'elle favorise vraiment l'acquisition de la formation générale désirée et l'épanouissement personnel;

Le comité recommande:

Recommandation 2

(qu'une étude approfondie de l'ensemble des questions
(concernant l'année préparatoire de formation soit faite
(dans les plus brefs délais avant que cette exigence
(additionnelle de formation soit requise des diplômés des
(CEGEPS désirant s'inscrire en médecine.

CONSIDÉRANT que les programmes de formation médicale prédoctorale en Amérique du Nord ont une durée moyenne de 4 ans;

CONSIDÉRANT que le programme de l'université de Montréal, étalé sur 5 ans, comporte un nombre de semaines qui n'est que légèrement supérieur à celui des 3 autres programmes du Québec et ne permet pas aux candidats ayant fait des études universitaires de poursuivre des études médicales en quatre ans;

CONSIDÉRANT la tendance des Facultés de médecine d'admettre des étudiants ayant déjà obtenu un diplôme universitaire (B.Sc., M.Sc., Ph.D.);

Le comité recommande:

Recommandation 3

(que les études pré-doctorales menant à l'obtention du
(M.D. soient d'une durée totale d'environ 150 semaines
(échelonnées sur quatre ans
(et
(en ce qui concerne le choix du contenu du programme et
(la longueur des formations pré-cliniques et cliniques,
(que les facultés puissent disposer du degré d'autonomie
(et de flexibilité propres à leurs établissements univer-
(sitaires, à l'intérieur du cadre défini ci-haut.

CONSIDÉRANT que le programme d'études menant à l'obtention du M.D. doit être un programme professionnel indifférencié au terme duquel l'étudiant peut s'orienter dans l'une ou l'autre des voies d'accès à la pratique, c'est-à-dire, l'omnipratique ou la spécialisation;

CONSIDÉRANT qu'un étudiant qui a obtenu un diplôme de M.D. doit être admissible dans un des programmes d'études post-doctorales donnant accès à l'obtention du permis;

Le comité recommande:

Recommandation 4

(que les Facultés de médecine améliorent leurs méthodes
(d'évaluation des étudiants au cours du programme
(d'études menant à l'obtention du M.D.
(et
(développent des méthodes qui tiennent compte non
(seulement de l'acquisition de connaissances scienti-
(fiques mais également des attitudes auprès des malades
(et des aptitudes cliniques.

CONSIDERANT que la formation médicale pré-doctorale a été traditionnellement axée sur l'acquisition de connaissances scientifiques;

CONSIDERANT que cette formation doit également servir à l'acquisition de compétences, d'aptitudes et d'attitudes qui permettront au futur médecin de prodiguer des soins de santé de façon humanitaire, en tenant compte du contexte familial et psychosocial du malade;

CONSIDERANT que la pratique de la médecine se fait de moins en moins de façon solitaire et de plus en plus en groupe;

Le comité recommande:

Recommandation 5

(que les étudiants soient exposés, de façon précoce, à des
(situations qui leur permettent de développer l'acquisi-
(tion d'attitudes et d'aptitudes qui détermineront
(leur comportement futur envers le malade, leurs
(collègues et les autres professionnels du milieu
(de la santé.

CONSIDÉRANT le vieillissement de la population suite aux progrès de la technologie et de la thérapie et l'impact de ces facteurs sur la nature et le coût des soins à rendre aux patients;

CONSIDÉRANT le cadre et l'évolution actuelle de la pratique médicale dans les CLSC;

CONSIDÉRANT l'importance d'insister sur la prévention des maladies;

Le comité recommande :

Recommandation 6

(que les étudiants puissent se familiariser tôt à des disci-
(plines en émergence qui occupent une place importante dans
(la pratique médicale, telles: l'épidémiologie, la médecine
(familiale, la santé communautaire, la médecine du travail,
(la médecine d'urgence, l'économie de la santé, l'informatique
(et la gériatrie.

CONSIDÉRANT que pendant les études pré-doctorales, l'étudiant doit acquérir des aptitudes à l'auto-enseignement puisqu'il sera appelé à parfaire son éducation tout au long de sa carrière;

Le comité recommande :

Recommandation 7

(que les programmes placent les étudiants le plus rapi-
(dement possible dans des situations d'auto-apprentissage;
(que les heures de temps de lecture personnelle soient
(augmentées;
(par conséquent, que le nombre de cours magistraux diminue
(même si le grand nombre d'étudiants dans les facultés
(peut être un facteur limitant dans le choix des méthodes
(pédagogiques.

CONSIDÉRANT l'augmentation rapide des connaissances scientifiques;

CONSIDÉRANT la difficulté pour l'étudiant d'assimiler une somme toujours croissante de connaissances;

CONSIDÉRANT que l'utilisation de l'informatique est quasi absente des méthodes pédagogiques;

CONSIDÉRANT que l'utilisation de l'informatique peut apporter un complément essentiel à la formation en médecine et à l'exercice de cette profession;

Le comité recommande:

Recommandation 8

(qu'un effort urgent soit fait dans les facultés de médecine
(pour structurer des programmes informatiques adaptés à la
(formation pré-doctorale et pour introduire l'informatique
(comme méthode d'apprentissage.

FORMATION DES OMNIPRATICIENS OU MÉDECINS DE FAMILLE

CONSIDÉRANT les critiques formulées sur les modes actuels d'internat;

CONSIDÉRANT l'impérieuse nécessité de donner au futur omnipraticien la formation post-doctorale dont il a besoin pour assumer pleinement ses responsabilités et répondre plus adéquatement aux besoins en soins de santé de la population québécoise;

CONSIDÉRANT que cette formation doit être acquise au niveau universitaire dans un cadre de référence adéquat et acceptable par la C.P.M.Q.;

CONSIDÉRANT qu'il y a lieu de mettre à la disposition des facultés de médecine et des résidents les ressources financières pour ce faire;

Le comité propose:

Recommandation 9

(que l'internat sous ses formes actuelles soit aboli
(et remplacé, dans le cas de l'omnipratique, par la première
(année d'un programme de formation post-doctorale en
(médecine de famille;

Recommandation 10

(que la formation du futur omnipraticien soit réalisée à
(l'intérieur d'un programme universitaire de médecine de
(famille d'une durée de 24 mois (2 ans), agréé par la C.P.M.Q.;

Recommandation 11

(que chaque faculté de médecine décerne un diplôme d'études
(supérieures en médecine de famille à tout résident qui aura
(complété avec succès un programme universitaire de formation
(post-doctorale en médecine de famille;

Recommandation 12

(que la C.P.M.Q. exige de tout résident en médecine de famille
(qu'il ait obtenu un diplôme universitaire d'études supérieures
(en médecine de famille avant de lui délivrer un permis
(d'exercice en omnipratique;

Recommandation 13

(que les facultés de médecine et la C.P.M.Q. conviennent de
(développer des mécanismes d'évaluation qui leur permettent
(d'évaluer conjointement, lors d'un examen unique les résidents en médecine de famille et qu'au terme de cette
(évaluation terminale chaque université exerce sa responsabilité
(propre de décerner un D.E.S. en médecine de famille et la
(C.P.M.Q. sa responsabilité propre de délivrer un permis
(d'exercice en omnipratique;

Recommandation 14

(que pour l'évaluation externe des programmes de médecine
(de famille, le Conseil des universités participe
(activement aux visites d'agrément des facultés de médecine;

Recommandation 15

(qu'aux fins de promouvoir les objectifs de ce programme,
(les facultés de médecine confient à la structure
(administrative qui leur paraît plus adéquate la réalisation
(de la formation en médecine de famille;

Recommandation 16

(que le nombre de postes rémunérés additionnels requis
(de résidents en M.F. (pour répondre aux exigences de la
(durée de 2 ans proposée) soit ajouté au contingentement
(actuel;

Recommandation 17

(que le M.E.Q. accorde spécifiquement aux quatre universités
(dont les facultés de médecine auront la responsabilité de
(former les futurs omnipraticiens les sommes additionnelles
(nécessaires à la mise en oeuvre des programmes universitaires
(en médecine de famille.

FORMATION DES SPÉCIALISTES

CONSIDERANT les critiques formulées sur les modes actuels d'internat;

Le comité propose:

Recommandation 18

(que l'internat sous ses formes actuelles soit aboli et rem-
(placé, dans le cas des spécialités par la première année
(d'un programme de spécialité.

CONSIDERANT que les programmes universitaires de formation post-doctorale en médecine sont subventionnés;

CONSIDERANT que l'allongement d'un programme dans le cadre d'un contingentement de postes rétribués de résidence a nécessairement un impact sur le nombre de candidats admissibles dans les autres programmes de spécialités;

Le comité recommande:

Recommandation 19

(que les facultés de médecine, en collaboration avec la
(C.P.M.Q. réexaminent la durée des programmes universitaires
(de formation en spécialités au Québec, en fonction des
(objectifs et des contenus de ces programmes.

Recommandation 20

(que toute proposition et décision d'allonger un programme
(universitaire de formation en médecine soit étudiée par
(l'ensemble des intervenants, universités, corporation,
(Conseil des universités, ministère des Affaires sociales et
(ministère de l'Education avant d'être mise en oeuvre.

CONTINGENTEMENT

CONSIDERANT qu'il y a lieu d'identifier les facteurs qui sont à l'origine du malaise ressenti à l'égard de la politique de contingentement des postes rétribués d'internes et de résidents;

CONSIDERANT que cette politique, tout autant que des facteurs incidents tel que la rémunération des spécialistes, la durée des études, l'évolution de la technologie, le vieillissement de la main-d'oeuvre ne devraient pas compromettre l'objectif ultime visé qui est celui de répondre adéquatement aux besoins quantitatifs (nombre de spécialistes) et qualitatifs (formation requise) de la société québécoise;

Le comité propose:

Recommandation 21

(que soit organisée, sous l'égide du ministère des Affaires
(sociales, une réunion de concertation de tous les intervenants concernés, C.P.M.Q., universités, ministère de l'Education, fédérations afin de favoriser une meilleure et
(commune compréhension des problèmes reliés à la politique
(du contingentement et à la rémunération, de proposer
(les correctifs appropriés et d'en suivre périodiquement
(l'évolution.

EVALUATION

CONSIDERANT la nécessité de soumettre les résidents d'une spécialité à une évaluation s'inspirant de normes et critères reconnus par les facultés de médecine et la C.P.M.Q., dans l'intérêt de la santé publique;

CONSIDERANT qu'il y a lieu de respecter les juridictions propres des universités et de la C.P.M.Q.;

Le comité propose:

Recommandation 22

(que les facultés de médecine et la C.P.M.Q. conviennent
(de développer des mécanismes d'évaluation qui permettent
(d'évaluer conjointement lors d'un examen unique les
(résidents en spécialités et qu'au terme de cette
(évaluation terminale chaque université exerce sa responsabilité propre de décerner un D.E.S. et la C.P.M.Q. sa responsabilité propre de délivrer un permis d'exercice
(et un certificat dans la spécialité concernée.

CONSIDERANT le rôle et les responsabilités du Conseil des universités en matière de coordination et d'évaluation des programmes;

Le comité propose:

Recommandation 23

(que, pour l'évaluation externe des programmes de spécia-
(lité médicale, le Conseil des universités participe
(activement aux visites d'agrément des facultés de
(médecine.

DIPLÔME

CONSIDERANT la nécessité de reconnaître officiellement la formation post-doctorale en spécialisation médicale acquise à l'université;

Le comité propose:

Recommandation 24

(que chaque université décerne à tout résident qui aura
(complété avec succès un programme de formation
(post-doctorale dans une spécialité reconnue par la
(C.P.M.Q., un diplôme d'études supérieures dans cette
(spécialité.

Recommandation 25

(que la C.P.M.Q. exige de tout candidat en spécialité
(qu'il ait obtenu un diplôme universitaire d'études
(supérieures dans la spécialité concernée avant de
(lui délivrer un permis d'exercice.

CONSIDÉRANT qu'il y a lieu de reconnaître et d'assurer le statut universitaire des programmes de formation post-doctorale en médecine;

CONSIDÉRANT qu'il y a lieu d'envisager la formation en médecine dans la perspective d'un continuum intégrant le mieux possible les différentes phases des études médicales;

Vu les recommandations de l'Office des professions sur l'agrément des programmes et la participation des corporations à cet agrément;

Sous réserve des recommandations particulières à l'agrément des programmes de médecine de famille (recommandation 10 p.95) et à l'évaluation des candidats (recommandation 13 p.96) et tenant compte du règlement concernant les autres conditions et modalités de délivrance des certificats de spécialistes (art.3.01.01);

Le comité recommande:

Recommandation 26

(que, en vertu de l'article 184 du Code des professions,
(les diplômes de médecine, dans le cas de l'omnipratique
(soit le diplôme de M.D. et le diplôme d'études supérieures en M.F.

Recommandation 27

(que, en vertu de l'article 184 du Code des professions,
(les diplômes de médecine, dans le cas d'une spécialité
(désignée soit le diplôme de M.D. et le diplôme d'études
(supérieures dans cette spécialité.